

Die Insuffizienz als Indikation zur Relaparotomie

von

Mostafa Schariat-Yazdi

aus

Yazd/Iran

1972



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548611_0028

Aus der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen-Nürnberg
(Direktor: Prof. Dr. med. G. Hegemann)

Die Insuffizienz als Indikation zur Relaparotomie

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt
von
Mostafa Schariat-Yazdi
aus
Yazd/Iran

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen
Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg



Dekan: Prof. Dr. Dr. H. Pauly
Referent: Prof. Dr. H. Bunte
Korreferent: Prof. Dr. G. Hegemann
Tag der mündlichen Prüfung: 19.12.1972

Inhaltsverzeichnis

	Seite
I. Material und Methodik	3
II. Ergebnisse	4
A. Patientengut	4
1. Anzahl der Patienten	4
2. Grunddiagnose	7
B. Relaparotomie	8
1. Beziehung zwischen prä- und intra- operativem Befund	8
2. Therapie der Anastomoseninsuffizienz	9
3. Mortalität der Anastomoseninsuffizienz	13
C. Fehldiagnosen	16
III. Besprechung der Ergebnisse	16
1. Patientendaten	18
2. Klinischer Befund	19
3. Die Therapie der Anastomosenin- suffizienz	19
4. Grundkrankheit und Anastomosenin- suffizienz	21
IV. Zusammenfassung	22
V. Literatur	23

Die kritische Beurteilung und Beherrschung von Komplikationen im Rahmen von operativen Eingriffen ist ein wichtiges Gebiet der Chirurgie. Dabei spielt die Insuffizienz nach Resektionen im Bereich des Magen-Darm-Traktes eine ganz besonders diffizile Rolle. Sie kann nur von geringem Ausmaß sein und für den weiteren Heilablauf von untergeordneter Bedeutung. Mitunter jedoch zwingt sie zu einer sofortigen Relaparotomie, da es sonst zu gefährlichen Komplikationen wie eitriger Peritonitis mit allen ihren Folgeerscheinungen kommen kann. Anhand des Krankengutes der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen sollte versucht werden zu klären, welche sicheren Zeichen für eine Insuffizienz möglich sind, und wann ein erneutes operatives Vorgehen indiziert ist. Die Frage, ob dadurch die Überlebenschance bzw. die Letalität des Gesamteingriffes vermindert werden kann, wurde besonders geprüft.

I. Material und Methodik

Der statistischen Auswertung lagen die Krankengeschichten der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen aus den Jahren 1956 bis 1970 zugrunde. Ausgewählt wurden diejenigen Krankengeschichten, bei denen die Patienten nach einer Resektion im Bereich des Magen-Darm-Traktes wegen einer Insuffizienz erneut laparotomiert werden mußten.

Alter, Geschlecht und Grundkrankheit der Patienten werden berücksichtigt. Besondere Beachtung verdiente die Überlegung, ob eine Beziehung zwischen der Letalität des Gesamtkrankengutes und der Letalität der Patienten mit Insuffizienz besteht.

Die Auswertung, ob zwischen dem morphologischen Äquivalent und den präoperativen klinischen Werten eine Beziehung besteht, gestaltete sich besonders schwierig. Dies ist jedoch eher eine Frage der Dokumentation der klinischen Befunde, die häufig nur sehr spärlich geschehen war, als der statistischen Auswertung.

Die vorhandenen Symptome sowie Laborwerte, insbesondere Leukozytenzahl, Röntgenuntersuchung und Herz-Kreislauf-Verhalten werden dargestellt.

II. Ergebnisse

Für die Auswertung konnten 74 Patienten herangezogen werden.

A. Patientendaten

1. Anzahl der Patienten:

Die Anzahl der Laparotomien der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen hat sich im Beobachtungszeitraum von 1956 bis 1970 verdreifacht. Im Jahre 1961 wurden 773 Patienten, im Jahre 1970 1573 Patienten laparotomiert. Im gleichen Zeitraum stieg die Anzahl der Relaparotomien ebenfalls stark an. Während sie im Jahre 1961 2,2% der Laparotomien ausmachte, betrug sie im Jahre 1970 6%.

Die Zahl der Relaparotomien wegen einer Anastomosensuffizienz stieg von 2 im Jahre 1956 auf 13 im Jahre 1970 (Tabelle 1). Dem entspricht eine Zunahme von 650 %.

Besonders auffällig ist die Zunahme seit dem Jahre 1967. Von 305 Relaparotomien entfallen 74, entsprechend 24,2 % auf eine Anastomosensuffizienz. Dabei liegt die Mortalität bei der Insuffizienz erheblich höher als bei allen Relaparotomien (Tabelle 2).

Tabelle 1: Relaparotomie wegen einer Anastomosensuffizienz

<u>Jahr</u>	<u>Anzahl</u>	<u>Jahr</u>	<u>Anzahl</u>	<u>Jahr</u>	<u>Anzahl</u>
1956	2	1962	1	1968	10
1957	3	1963	2	1969	17
1958	2	1964	5	1970	13
1959	0	1965	2		
1960	1	1966	4		
1961	4	1967	9		

Tabelle 2: Vergleich von Gesamtzahl und Mortalität bei Laparotomie, Relaparotomie und Insuffizienz

Laparotomien		Relaparotomien		Insuffizienz	
Gesamt- zahl	in %	Gesamt- zahl	in %	Gesamt- zahl	in %
11 519	5,6	305	43,0	74	66,6

Die Altersverteilung entspricht im wesentlichen dem chirurgischen Krankengut. Auffällig ist jedoch, daß beim Vergleich der Häufigkeit in den Altersgruppen zwischen Relaparotomie und Anastomoseninsuffizienz einen früheren Gipfel bei der Insuffizienz zeigt.

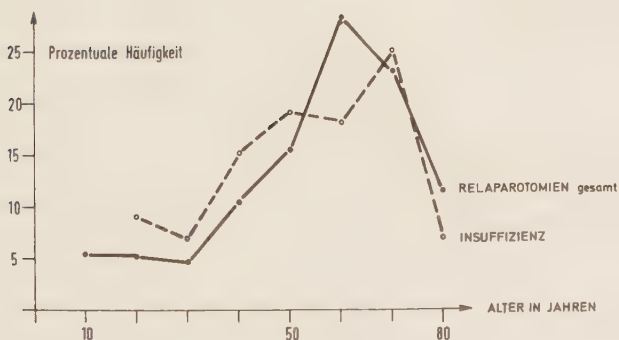


Abb. 1: Altersverteilung bei der Anastomoseninsuffizienz und der Gesamtzahl der Relaparotomien.

Die Altersverteilung bei der Anastomoseninsuffizienz zeigt eine beinahe zweigipfelige Kurve mit einem Maximum bei 50 und bei 70 Jahren.

Die Häufigkeit der Mortalität bei den einzelnen Altersgruppen im Vergleich zur Gesamthäufigkeit der Anastomoseninsuffizienz zeigt keine besonders auffälligen Unterschiede. Daraufhinzuweisen ist jedoch, daß die Mortalität im Alter bis zu 30 Jahren niedriger liegt als die Häufigkeit der Insuffizienz, während sie in höherem Alter, vor allem ab 60 Jahren größer wird und die Häufigkeit der Insuffizienz überschreitet. (Abb. 2)

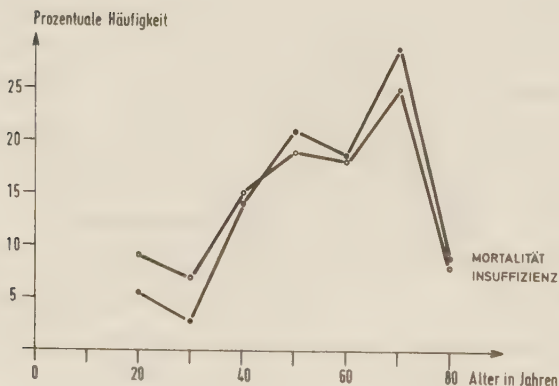


Abb. 2: Vergleich zwischen der Häufigkeit der Insuffizienz und ihrer Mortalität.

2. Grunddiagnose

Die Grunddiagnose entspricht ebenfalls dem typischen chirurgischen Krankengut. 39 Patienten wurden wegen eines Malignoms und 35 wegen einer entzündlichen Erkrankung operiert. Im einzelnen entfallen auf ein Magenneoplasma 20 Patienten, auf ein Neoplasma im Bereich des Colon, Sigma oder Rektums 14 Patienten und auf eine Appendektomie 8 Patienten.

B. Relaparotomie

Anastomoseninsuffizienz, Peritonitis, Ileus oder Nachblutung sind die häufigsten Ursachen für eine Relaparotomie.

In der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen wurde bei einer Anastomoseninsuffizienz im allgemeinen nach 10,8 Tagen relaparotomiert. Eine operative Revision vor dem 7. Tag wird im allgemeinen als nicht erforderlich angesehen, es sei denn es ist zu septischen Erscheinungen gekommen.

1. Beziehung zwischen prä- und intraoperativem Befund

Erfahrungsgemäß bereitet es erhebliche Schwierigkeiten, insbesondere nach einer Operation, einen exakten Abdominalbefund zu erheben. Meist liegt postoperativ eine leichte Abwehrspannung vor. Die Leukozytenzahlen sind mitunter geringgradig erhöht. Eine Leukozytose über 12 000 Leukozyten im Blickfeld spricht jedoch mit einer Wahrscheinlichkeit von etwa 75 % für eine entzündliche Komplikation. Jedoch läßt sich daraus keine Entscheidung zwischen Peritonitis diffusa und subphrenischem Abszeß bzw. Insuffizienz sicher ermöglichen.

Im oberen Magen-Darm-Trakt läßt sich eine Anastomoseninsuffizienz mit etwa 60% Sicherheit nachweisen. Meist kann dies bei einer anfallenden Anastomosenkontrolle röntgenologisch erfolgen. Eine Perforation im weiteren Bereich des Dünndarms ist nur schlecht nachweisbar.

Eine Temperaturerhöhung und eine Leukozytose über 12 000 ist nahezu bei jeder Perforation vorhanden. Jedoch läßt sich auch dadurch keine Differenzierung zwischen gedeckter und freier Perforation erzielen. Findet sich jedoch eine diffuse Abwehrspannung, handelt es sich immer um eine freie Perforation mit beginnender Peritonitis. Dies trifft mit 97,5 % aller Fälle zu.

Tabelle 3: Klinischer Befund bei einer Anastomoseninsuffizienz.

	Klinischer Befund	Tempera- tur über	Leukozyten über	Anastomosen- kontrolle
Relaparo- tomie-Befund		38°C	12 000	(Röntgen)
<u>Insuffizienz</u>				
Magen-Darm-Naht		77,4 %	87,6 %	64,4 %
Duodenalstumpf		54,5 %	91,0 %	59,3 %
Perforation		78,0 %	100,0 %	36,6 %

2. Therapie der Anastomoseninsuffizienz

Die Therapie der Anastomoseninsuffizienz unterscheidet sich je nach der Lokalisation. Einfach gestaltet sie sich bei den Dünn- und Dickdarmabschnitten. Hier kann häufig eine Nachresektion durchgeführt werden. In unserem Krankengut geschah dies mit etwa 33 % Häufigkeit. Meist heilt die Anastomoseninsuffizienz im Bereich des Dickdarmes dann

spontan ab und der Anus praeter kann nach einer Latenzzeit zurückverlagert werden. Auch bei einer Anastomoseninsuffizienz nach Appendektomie ist häufig eine Nachresektion in Form einer Hemikolektomie rechts erforderlich.

Die Therapie der Wahl bei einer Anastomoseninsuffizienz nach einem Eingriff im Bereich des Magens und Duodenums zu finden, ist meist nicht eindeutig zu klären. Bei einer Anastomoseninsuffizienz im Bereich der kleinen Kurvatur nach einem B I wurde in unserem eigenen Krankengut die Übernähung bevorzugt. Dies kann auch nach einer Resektion nach Billroth II erwogen werden. Jedoch ist in diesem Fall oft eine Nachresektion günstiger. Bei einer Duodenalstumpfinuffizienz kommt praktisch nur die Roux'sche Anastomose infrage. Bei einer kleineren Insuffizienz kann die Drainage erwogen werden (Tabelle 4).

Die Beziehung zwischen Alter, Ursache und Therapie bei einer Insuffizienz zeigt eindeutige Ergebnisse. Im jugendlichen Alter bis etwa 50 Jahren ist in jedem Fall ein operatives Vorgehen zu bevorzugen. In höherem Alter und bei einem Malignom kann meist konservativ verfahren werden. (Tabelle 5). Stellen sich jedoch Zeichen einer zusätzlichen Störung, z.B. eine Elektrolytentgleisung oder einer Störung im Bereich des Wasserhaushaltes ein, so ist auch in höherem Alter unbedingt ein operatives Vorgehen angezeigt.

Lokalisation	Anzahl	Magen	Nachresektion Dünndarm	Dickdarm	Roux-Anastomose	Über- nähung	Anus praeater	Fistel	Drai- nage	Nihil
Anastomose:										
B I	6					4			2	5
B II	8	3				2			2	5
Duodenalstumpf	15		2		9	1			2	10
Fundektomie	1								1	1
Pankreas	4				2				1	3
Ösophago- Jejunostomie	5		1	1				2	3	5
Appendektomie	8		2	4		3		1		2
Anastomose:										
Dünndarm	8		3	2		3				8
Dickdarm	19			8		3	6		1	9
	74	3	8	15	9	16	6	3	12	49

Tab. 4: Insuffizienz als Indikation zur Relaparotomie nach Magendarmeingriff

11 549 Magen-Darm-Eingriffe

305 Relaparotomien, davon
davon

74 Patienten wegen Insuffizienz
49 Patienten (= 66,6%) verstorben

<u>Alter in Jahren</u>		- 20	- 30	- 40	- 50	- 60	- 70	70	Gesamtzahl
<u>Anzahl</u>		7	5	12	14	13	19	5	74
<u>Grundkrankheit</u>		<u>Therapie</u>							
Malignom	Op			4	5	6	8	5	28
	Kons.				3	2	6		11
		7	5	6	4	4	5		31
Entzündlich	Op								
	Kons.			1	2	1			4
		7	5	1	2	1			35

Tabelle 5: Beziehung zwischen Alter, Ursache und Therapie bei einer Insuffizienz.

3. Mortalität der Anastomoseninsuffizienz

Die Mortalität der Anastomoseninsuffizienz ist hoch. Sie beträgt 66,6 % aller Relaparotomien wegen Insuffizienz. Aus diesem Grund muß ein erneuter Eingriff genau überlegt werden. Insbesondere ist dies erforderlich hinsichtlich der durchzuführenden Therapie.

Besonders gefährlich ist eine Anastomoseninsuffizienz im Bereich des oberen Dünndarms und des Magens, da es hier zu leichten Elektrolytentgleisungen kommen kann. Selbst bei operativem Vorgehen beträgt z.B. die Sterblichkeit bei einer Duodenalstumpfindisuffizienz 66 %, bei einer Insuffizienz im Bereich einer B I-oder B II-Anastomose 71,4 %. Günstiger ist die Chance im Bereich des Dickdarms. Hier verstarben von 19 Patienten 9, dem entspricht eine Sterblichkeit von unter 50 % (Tabelle 4).

Eine Gegenüberstellung der operativen und konservativen Therapie beim Malignom und bei entzündlichen Erkrankungen zeigt immer ein günstigeres Ergebnis bei konservativem Vorgehen. Es ist jedoch daraufhinzuweisen, daß das auf ein Fehlen von Begleitkomplikationen evtl. zurückführbar ist. Die Mortalität beim Malignom liegt jedoch in jedem Fall höher als bei entzündlichen Erkrankungen. (Tab. 6)

Grundkrankheit und Therapie	Therapie			
	op absolut	%	kons. absolut	%
Anzahl	28	100	11	100
Malignom				
Verstorbene	18	64	4	27,5
Anzahl	31	100	4	100
Entzündlich				
Verstorbene	16	51,6	1	25,0

Tabelle 6: Beziehung zwischen Therapie und Mortalität.

Wird die Mortalität beim Malignom und beim entzündlichen Tumor nach Altersgruppen aufgeschlüsselt, so zeigt sich erwartungsgemäß eine zunehmende Mortalität in höherem Alter, besonders bei entzündlichen Erkrankungen. Im Alter von 50 Jahren beträgt die Mortalität bei operativem Vorgehen in einem Fall 100, im anderen 75 %. Demgegenüber steht bei konservativem Vorgehen eine Mortalität von 50 %. In Einzelfällen kann bis zum Alter von 70 Jahren bei einer Anastomoseninsuffizienz operativ vorgegangen werden. Über 70 Jahre ist die Mortalität in jedem Fall 100 %. Es verbietet sich dann jeder operative Eingriff (Tab. 7).

C. Fehldiagnosen

Unter Fehldiagnose verstehen wir in diesem Zusammenhang eine präoperativ falsch gestellte Diagnose bei der präoperativen Diagnostik. Dabei interessiert vor allem, ob die Relaparotomie indiziert oder überflüssig war. In

	- 20	- 30	- 40	- 50	- 60	- 70	70	Gesamt
Gesamtzahl in %	40	33	50	58	60	60	100	66
Malignom								
Op	-	-	100	100	60	57	100	72
kons.	-	-		50	0	40	-	33
Entzündlich								
oper.	33	33	50	75	33	80	-	52
kons.	-	-	0	50	0	-	-	25

Tabelle 7: Beziehung zwischen Alter und Mortalität.

diesem Zusammenhang muß darauf hingewiesen werden, daß 7,2 % aller Anastomoseninsuffizienzen präoperativ als Ileus angesehen wurden und zu lang konservativ behandelt wurden. Diese Zahl ergibt sich aus Untersuchungen des Sektionsgutes des Pathologischen Instituts der Universität Erlangen-Nürnberg. In 22 % aller Fälle wurde präoperativ nicht an eine Anastomoseninsuffizienz, sondern an einen subphrenischen Abszeß gedacht.

Daraufhingewiesen werden soll noch auf den Indikationszeitpunkt zur Relaparotomie bei einer Anastomoseninsuffizienz. Im Bereich des Dickdarms ist ein erneutes Vorgehen im allgemeinen nicht vor dem 10. Tag indiziert. Überlebende Patienten wurden im allgemeinen erst nach 31 Tagen, die Verstorbenen bereits nach 17 Tagen relaparotomiert. Jedoch sollte bei einer Dünndarmininsuffizienz frühzeitig relaparotomiert werden, da es sonst leicht zu zusätzlichen Komplikationen kommen kann, und da in diesem Fall eine gedeckte Perforation ausgesprochen selten ist.

Von 97 seziierten Patienten hatten 54 eine Insuffizienz mit Peritonitis. Davon waren nur 42 bereits vor dem Tod diagnostiziert worden. 12 (= 10,2%) der Insuffizienzen hatten sich erst bei der Sektion gezeigt. Die Insuffizienz insgesamt machte bei der Sektion eine Häufigkeit von 49,6 % aus.

III. Besprechung der Ergebnisse

Für einen Großteil der Patienten bedeutet die erste postoperative Zeit normalerweise keine wesentliche Belastung, außer dem Verzicht auf orale Speisenzunahme nach einem Magen-Darm-Eingriff. Durchschnittlich nach 4 bis 8 Tagen ist auch der Verzicht auf die parenterale Infusionstherapie möglich und der Patient kann bei einem weiteren guten Heilverlauf innerhalb weiterer weniger Tage die Klinik verlassen. Bei einer geringen Anzahl von Patienten kommt es jedoch zu Komplikationen. In diesem Fall entstehen zu den bereits durch die Operation gestörten normalen Umständen zusätzliche Faktoren wie Entzündung, Abszeßbildung, Blutung und andere mit all ihren den ursprünglichen Lauf störenden Einflüssen. Unter Umständen kommt es nicht nur zu einer reinen Addition sondern zu einer Potenzierung der Komplikationen.

Die Früherkennung und rechtzeitige Behandlung von möglichen postoperativen Schwierigkeiten ist Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Therapie. Dazu ist selbstverständlich eine laufende Überwachung des Patienten, wenn erforderlich mit Laborkontrollen, notwendig. In besonders gelagerten Fällen kann dies nur auf einer Intensivpflegestation geschehen.

In der vorliegenden Arbeit sollen nicht postoperative Komplikationen, die Randgebiete wie Kardiologie, Anästhesie betreffen, erörtert werden. Es interessiert nur die "Anastomoseninsuffizienz". Es soll geklärt werden, ob, wann,

und wie diese Komplikation diagnostiziert und therapiert werden soll.

Bei der statistischen Auswertung konnten 74 Patienten aus den Jahren 1956 bis 1970 berücksichtigt werden. Das statistische Material ist zwar klein, da es nur die Patienten umfaßt, die relaparotomiert werden mußten. Es bekommt jedoch dadurch das notwendige statistische Gewicht.

1. Patientendaten

Auffällig ist die höhere Häufigkeit einer Anastomoseninsuffizienz jenseits des 60. Lebensjahres. (Abb. 1) Ein 2-gipfelig Verlauf der Kurve mit einem Maximum bei 50 und 70 Jahren spricht dafür, daß evtl. zwei verschiedene kausale Faktoren dafür verantwortlich sind. Die Altersgruppe um 70 umfaßt mit hoher Wahrscheinlichkeit nur Malignome, die Altersgruppe mit dem Gipfel bei 50 Jahren wird zu einem hohen Prozentsatz entzündliche Erkrankungen aufweisen. Da auch die Mortalität im höheren Alter, wie Abb. 2 zeigt, stark ansteigt und die Häufigkeit der Insuffizienz prozentual übersteigt, verdient diese Altersgruppe ganz besondere Beachtung:

Die Indikation muß besonders präzise und verantwortungsvoll gestellt werden und die Operation möglichst exakt durchgeführt werden, um jegliche Komplikation wie eine Anastomoseninsuffizienz zu vermeiden (BRANDT, KUNZ, NISSEN). Die geschwächte Abwehrkraft solcher Patienten verbunden mit dem meist verminderten Einweißgehalt im Blut und Gewebe begünstigt die Komplikation Anastomoseninsuffizienz.

Die Zahl der Relaparotomien hat vom Jahre 1956 bis zum Jahre 1970 erheblich zugenommen, vor allem seit dem Jahre 1967. Die Zahl der behandelten Patienten in der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen geht damit nicht parallel. Die Zahl der Relaparotomien wegen Anastomoseninsuffizienz steigt erheblich stärker an. Trotzdem ist die Mortalität bei Anastomoseninsuffizienz noch besonders hoch.

Von 74 Patienten verstarben 49. Sie liegt über der allgemeinen Mortalität bei Relaparotomie mit 43 % (Tab. 2).

2. Klinischer Befund

Die Feststellung, ob eine Anastomoseninsuffizienz vorliegt ist überwiegend eine klinische und röntgenologische Diagnose. Temperaturerhöhung und Leukozytose können den Tastbefund des Abdomens nur sichern.

Im oberen Magen-Darm-Trakt (Tab. 3) läßt sich eine Anastomoseninsuffizienz häufig röntgenologisch sichern. Dies gelingt jedoch im Bereich des weiteren Dünndarms nur mit erheblichen Schwierigkeiten. Eine Insuffizienz im Bereich einer Dickdarmahnäht kann möglicherweise durch einen Kontrasteinlauf dargestellt werden (NISSEN, 5).

3. Die Therapie der Anastomoseninsuffizienz

Die Therapie der Anastomoseninsuffizienz ist besonders verantwortungsvoll und besonders kompliziert. Sie muß den jeweiligen Zustand des Patienten, das Ausmaß der Insuffizienz und ihre Lokalisation berücksichtigen. So ist eine Insuffizienz im Bereich des oberen Dünndarmtraktes u.U. weit komplizierter als im Bereich des Dickdarmes, da es hier zu einem laufenden Elektrolytverlust, zu Wasserverlust und zum Verlust von Nahrungsstoffen kommen kann, so daß eine Bilanzierung nicht mehr möglich ist. Der Patient kommt in einen zunehmend kachektischen Zustand. Im Gegensatz dazu ist eine Dickdarmininsuffizienz, so fern sie

Anschluß an die Haut gefunden hat und nach außen drainiert völlig unkompliziert (WEIGAND). In diesem Fall ist eine abwartende Haltung wesentlich günstiger. Nach WEIGAND und HUSEMANN soll sich eine Kotfistel spontan innerhalb von einem Monat schließen.

Die Schwierigkeit des operativen Vorgehens verdeutlicht, trotz günstiger Angebote in den Methoden, die noch hohe Mortalität von 49 Patienten auf 74. Wie YSARGIL und NISSEN wurde auch in der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen bei Magenanastomosen überwiegend eine Nachresektion, mitunter eine Übernähung angewandt. Der Duodenalstumpf läßt sich durch eine Roux'sche Anastomose anatomisch hervorragend versorgen. Jedoch ist auch hier der Erfolg häufig versagt.

Die Chirurgie des Pankreas hat sich erst in den letzten Jahren in zunehmendem Maße entwickelt, seit die Darstellung des Pankreasganges möglich ist. Die Chirurgie ist kompliziert (SULLIVAN), die Beherrschung von Komplikationen wie eine Insuffizienz meist tödlich. Als Therapie der Wahl bietet sich auch hier die Roux'sche Anastomose an. Mitunter muß auf jegliches weitere operative Vorgehen verzichtet werden. In diesem Fall wurde im allgemeinen drainiert. Kommt es zu Komplikationen nach einer Appendektomie (Tab.4), so wird die Nachresektion zu empfehlen sein.

4. Grundkrankheit und Anstomoseninsuffizienz

Das Krankengut der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen (Tab. 5, 6) läßt keine Beziehung zwischen der Art der Grundkrankheit und der Beziehung zu einer Anstomoseninsuffizienz erkennen. Entzündliche und bösartige Tumoren kommen gleichzeitig und gleichhäufig vor. Jedoch überwiegen die Malignome in höherem Alter. Das chirurgische Krankengut zeigt, daß überwiegend ein operatives Vorgehen bei Komplikationen bevorzugt wurde. Die Mortalität ist hoch, sie liegt beim Malignom bei 64 % und beim entzündlichen Tumor bei 51 %. Im Gegensatz dazu liegt die Sterblichkeit beim konservativen Vorgehen niedriger. Es konnte jedoch aufgrund der statistischen Auswertung nicht eindeutig geklärt werden, ob es sich hier um nicht so schwere Fälle gehandelt hat. Eindeutig ist, daß man im höheren Alter auf ein operatives Vorgehen nach Möglichkeit verzichten sollte. Über 70 Jahre ist die Mortalität in jedem Fall 100 %.

IV. Zusammenfassung:

1. Es wurden 74 Patienten mit Relaparotomie wegen einer Anastomoseninsuffizienz statistisch ausgewertet.
2. Die Altersverteilung entspricht dem typischen chirurgischen Krankengut, zeigt jedoch eine 2-gipfelige Kurve, wie es den beiden Diagnosegruppen entzündlich und bösartig entspricht.
3. Obwohl verschiedenste Therapieformen angeboten werden, ist die Sterblichkeit bei einer Anastomoseninsuffizienz nach einem Magen-Darm-Eingriff noch besonders hoch. Sie liegt über 50 %.
4. In höherem Alter sollte überwiegend konservativ vorgegangen werden. Über 70 Jahren ist eine Anastomoseninsuffizienz immer tödlich.

V. Literaturverzeichnis

1. BRANDT, G., H. KUNZ und R. NISSEN: Intra- und post-operative Zwischenfälle. Bd. II - Abdomen.
Stuttgart: Thieme 1971
2. HEGEMANN, G.: Indikation zur Relaparotomie.
Langenbecks Arch. klin. Chir. Kongreßband 1971
3. HUSEMANN, B. und W. WEIGAND: Die Indikation zur chirurgischen Behandlung der Kotfistel.
Med. Mschr. 26, 215 (1972)
4. KUNZ, H.: Das akute Abdomen.
Zbl. Chir. 70, 802 (1943)
5. NISSEN, R.: Einige operativ-technische Unfälle bei Magenoperationen: ihre Korrektur.
Helv. chir. Acta 26, 191 (1959)
6. NISSEN, R.: Operative Behandlung von Insuffizienz und Stenose der gastroösophagealen Anastomose nach Resektion.
Brun's Beitr. klin. Chir. 204, 4 (1962)
7. SULLIVAN, J.F.: Pancreatitis. In: "Current Therapy 1971", Howard F. Conn.
Philadelphia, Saunders 1971
8. WARRENN, K.W. and K.J. HARDY: The damaged bile duct.
Surg. Clin. N. Amer. 47, 1077 (1967).

9. WIEMERS, K., E. KERN, M. GÜNTHER und H. BURCHARDI:
Postoperative Frühkomplikationen.
Stuttgart: Thieme 1969
10. YSARGIL, E.C.: Beitrag zur Technik der Sicherung
des Duodenalstumpfes.
Langenbecks Arch. klin. Chir. 307, 298 (1964)

Herrn Prof.Dr.G.Hegemann danke ich für seine
Erlaubnis die Auswertung in der Chirurgischen
Universitätsklinik Erlangen ausführen zu dürfen.

Herrn Dr.B.Husemann danke ich für das Thema der
Arbeit und die Anregungen bei der Auswertung.

Lebenslauf

Am 15. Februar 1936 wurde ich Mostafa Schariat-Yazdi in Yazd/Iran als Sohn des Scheikh-Agha Schariat-Yazdi und dessen Ehefrau Fatemeh, geb. Ayatollahi, geboren.

Die Volksschule besuchte ich in Meibod und das Gymnasium in Yazd und im Juni 1955 schloß ich mein Abitur ab.

In der Zeit von 1957-60 war ich bei der Iranischen Fluggesellschaft in Teheran tätig.

Das Studium der Zahnheilkunde begann ich an der Universität in Frankfurt/Main. Danach setzte ich mein Studium an der Universität Erlangen-Nürnberg fort. Hier legte ich das Physikum und im Juli 1970 das zahnärztliche Staatsexamen ab.

Nach dem Staatsexamen beschäftigte ich mich mit meiner Dissertation an der Chirurgischen Universitätsklinik zu Erlangen.

Seit Dezember 1970 bin ich als Assistent in der freien Praxis tätig.

Offsetdruck-Fotodruck

J. Hogl, 8520 Erlangen, Hauptstr. 109 (Nähe Martin-Luther-Platz) Tel.22990
